Data wpływu: ……

Nr sprawy: ……..

Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

WNIOSEK
o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych organizacji sportu, kultury, rekreacji i turystyki

Część A – DANE WNIOSKODAWCY

I. DANE WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Pełna nazwa Wnioskodawcy:	
Nr telefonu:	
Adres e-mail:	
Strona internetowa:	

ADRES SIEDZIBY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

□ **Taki sam jak adres siedziby**

ADRES KORESPONDENCYJNY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Poczta:	
Kod pocztowy:	

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WNIOSKODAWCY

Nazwiska i imiona osób, wraz z podaniem funkcji jaką pełnią w organizacji, które zgodnie z postanowieniami statutu lub innego aktu wewnętrznego są upoważnione do zaciągania zobowiązań finansowych w imieniu Wnioskodawcy

Imię i nazwisko	PESEL	Funkcja

II. INFORMACJE DODATKOWE

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Status prawny:	
Nr rejestru sądowego:	
Data wpisu do rejestru sądowego:	
Organ założycielski:	

REGON:	
NIP:	
Podstawa działania:	
Sektor finansów:	□ publicznych □ niepublicznych
Nazwa banku:	
Nr rachunku bankowego:	

INFORMACJE O DZIAŁALNOŚCI WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Czy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych lub działalność związaną z rehabilitacją osób niepełnosprawnych:	□ Nie □ Tak
Czy Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT:	□ Nie □ Tak
Podstawa prawna zwolnienia z podatku VAT:	
Wnioskodawca jest podatnikiem podatku VAT, lecz nie jest uprawniony do obniżenia kwoty podatku należnego o podatek naliczony:	□ Nie dotyczy □ Nie □ Tak
Podstawa prawna:	
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc de minimis w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe?	□ Nie □ Tak
Czy wnioskodawca otrzymał pomoc inną niż de minimis (w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą oraz na dany projekt inwestycyjny, z którym jest związana pomoc de minimis)?:	□ Nie □ Tak
Czy wnioskodawca posiada status zakładu pracy chronionej?	□ Nie □ Tak
Czy wnioskodawca jest podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą?:	□ Nie □ Tak

INFORMACJE O PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Od kiedy Wnioskodawca prowadzi działalność na rzecz osób niepełnosprawnych:	
Liczba zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych i jej kwalifikacje:	
Kwalifikacje zatrudnionej kadry specjalistycznej związanej z działalnością na rzecz osób niepełnosprawnych:	

III. KORZYSTANIE ZE ŚRODKÓW PFRON

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON?

□ Nie

□ Tak

CELE WYKORZYSTANIA OTRZYMANYCH ŚRODKÓW PFRON

Cel dofinansowania (nazwa zadania ustawowego oraz/lub nazwa programu, w ramach którego przyznana została pomoc)	**Nr umowy**	**Data zawarcia**	**Kwota dofinansowania**	**Stan rozliczenia**	**Kwota rozliczona**

Część B – PRZEDMIOT WNIOSKU

I. PRZEDMIOT WNIOSKU

Nazwa zadania:

……

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Cel dofinansowania, szczegółowy opis planowanych działań przy realizacji zadania, proponowany sposób wykorzystania dofinansowania:	

Liczba uczestników:	
W tym liczba opiekunów:	
Liczba osób niepełnosprawnych:	
Do lat 18:	

Powyżej 18 lat:	
Liczba mieszkańców wsi:	

PLANOWANE MIEJSCE REALIZACJI ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Planowane miejsce realizacji zadania:	
Termin rozpoczęcia:	
Przewidywany czas realizacji zadania:	
Termin zakończenia:	

INFORMACJE DODATKOWE

Zakładane rezultaty zadania (należy opisać co zyskają osoby w wyniku realizacji zadania, w jakim stopniu realizacja zadania zmieni ich sytuację) oraz jak rezultaty te będą badane

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywane efekty realizacji zadania dla osób niepełnosprawnych:	

II. BUDŻET I HARMONOGRAM ZADANIA

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Przewidywany koszt realizacji zadania:	
Wnioskowana kwota dofinansowania ze środków PFRON:	
Słownie:	
Własne środki przeznaczone na realizację zadania:	

Inne źródła finansowania ogółem

z wyłączeniem środków pochodzących z PFRON

Nazwa pola	Do uzupełnienia
Publiczne:	
Niepubliczne:	

Harmonogram

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

III. Kosztorys rzeczowo-finansowy obejmujący rodzaje kosztów związanych z realizacją przedsięwzięcia

Lp.	Zakres rzeczowy wg rodzajów kosztów	Zakres finansowy		
		Całkowita wartość rodzajów kosztów	Pozostałe źródła finansowania (w tym udział własny)	Kwota dofinansowania ze środków PFRON
Razem:				

Data i pieczęć wnioskodawcy

Oświadczenie

Oświadczam ze zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.
Klauzula RODO
Administratorem Państwa danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
z siedzibą w Warszawie, Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa. Dane są przetwarzane w celu realizacji ustawowych zadań administratora. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych, w tym o prawach przysługujących osobom fizycznym, dostępne są pod adresem:

https://www.pfron.org.pl/o-funduszu/rodo-w-funduszu/

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista
1. Aktualny wypis z rejestru sadowego (ważny 3 miesiące), 2. Statut, który powinien zawierać zapis o działalności na rzecz osób niepełnosprawnych, gwarancje przekazania majątku na cele statutowe w przypadku likwidacji organizacji, 3. Uchwałę o powołaniu oraz regulamin organizacyjny (w przypadku jednostek samorządu terytorialnego), 4. Dokumenty (w tym oświadczenie) potwierdzające prowadzenie działalności na rzecz osób niepełnosprawnych dłużej niż 2 lata przed złożeniem wniosku, 5. Udokumentowanie posiadania konta bankowego wraz z informacją o ewentualnych obciążeniach, 6. Udokumentowane dowody posiadania środków własnych lub pozyskanych z innych źródeł na sfinansowanie zadania w wysokości nie objętej dofinansowaniem ze środków PFRON, 7. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy wniosek podpisany jest przez osoby upełnomocnione do reprezentowania wnioskodawcy,

8. Dokumenty potwierdzające zapewnienie odpowiednich do potrzeb osób niepełnosprawnych warunków technicznych/ lokalowych do realizacji zadania
9. Oświadczenie potwierdzające zatrudnienie fachowej kadry do obsługi zadania lub zobowiązanie do jej zatrudnienia,
10. Oświadczenie, że uczestnikami zadania są osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności lub równoważne orzeczenie, zamieszkałe na terenie powiatu
11.Oświadczenie o nieposiadaniu na dzień składania wniosku wymagalnych zobowiązań wobec PFRON, ZUS oraz Urzędu Skarbowego,
12.Oświadczenie o zapoznaniu się z Klauzulą Informacyjną RODO Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Brzozowie,
13.Informacja o pomocy publicznej udzielonej w okresie trzech kolejnych lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, zgodnie z przepisami o warunkach dopuszczalności i nadzorowaniu pomocy publicznej dla przedsiębiorców (w przypadku, gdy wnioskodawcą jest przedsiębiorca),
14. W przypadku, gdy wnioskodawcą jest pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej, do wniosku należny dołączyć:
a) potwierdzoną za zgodność kopię decyzji w sprawie przyznania statusu zakładu pracy chronionej,
b) informację o wysokości oraz sposobie wykorzystania środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych za okres 3 miesięcy przed datą złożenia wniosku,
c) informację, o której mowa w punkcie 12.
15. Inne niezbędne dokumenty wymagane do rozpatrzenia wniosku: ……..
……
……

PODPISANY WNIOSEK

Plik
…….. ……..